

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy Based on the Gestalt Approach and Parental Behavior Management Training (PMT) on Processing Speed and Working Memory of Children with Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Monireh Shahrad¹, Seyyed Davoud Hosseini Nasab², Marziye Alivandi Vafa³

1- Ph.D. Student, in Educational Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2- Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

3- Assistant Professor of Psychology, Tabriz branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Received: 2023/02/25

Revised: 2023/04/15

Accepted: 2023/04/15

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/JPM.2023.31645.3775

Keywords:

Working Memory, Processing Speed, Play Therapy Based on Gestalt Approach, Parental Behavioral Management, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder.

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of play therapy based on the Gestalt approach and parent behavioral management training on processing speed and working memory of children with signs of attention deficit hyperactivity disorder.

Materials and Methods: This research was applied research in terms of purpose, quantitative research in terms of the nature of the data, and semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a control group in terms of implementation. The statistical population consisted of all children aged 7 to 12 years who referred to counseling and psychology centers and clinics of Razi Hospital in Tabriz in the second half of 2022 and the first quarter of 2023 due to symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. To select the research sample, 16 people were selected for each group in the form of purposeful sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (48 people). The tools used in the research were two Wechsler4 processing speed and working memory scales.

Findings: Based on the results of multivariate covariance analysis, the effect size values showed that the biggest difference was in the total score of processing speed with a coefficient of 0.478. was observed. The comparison of the interventions showed that the effectiveness of the Gestalt-based play therapy intervention on processing speed and working memory was significantly higher than the parent behavior management training intervention ($p < 0.05$).

Results: In general, it is concluded that the intervention of play therapy based on the Gestalt approach has the potential to be effective in increasing the working memory capacity and processing speed, and educational and therapeutic specialists can use this intervention to control children's hyperactivity.

Citation: Shahrad M, Hosseini Nasab SD, Alivandi Vafa M. Comparison of the effectiveness of play therapy based on the Gestalt approach and parental behavior management training (PMT) on processing speed and working memory of children with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Journal of Psychological Methods and Models 2023; 14 (51): 19-32.

*Corresponding Author: Seyyed Davoud Hosseini Nasab

Address: Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Tell: 09140000000

Email: d.hosseininasab@gmail.com

Extended Abstract

Introduction:

Attention-deficit/hyperactivity disorder is a biologically based disorder (neuro-developmental disorder) that is characterized by a combination of symptoms of inattention or hyperactivity and impulsivity, and its onset is related to childhood (1). which often continues until adulthood and causes problems in various aspects of a person's academic, family and social life (2). Information processing is one of the important cognitive processes in which children with attention deficit/hyperactivity disorder are slower than their peers (4). Processing speed is the amount of time needed to understand information, process information and compile and execute a reaction (5); The speed of information processing is an indicator of various characteristics such as perceptual speed, neural efficiency, the ability to maintain concentration and perhaps general intelligence, and it can be influenced by the ease of recognition, the number, type and intensity of stimuli, as well as the person's visual or auditory function, motor control, or other individual factors. Because age, gender and mental health are included (6). Active memory is one of the components of executive function, which has been considered due to its function in various aspects of memory (10); The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of play therapy based on the Gestalt approach and parent behavioral management training on processing speed and working memory of children with signs of attention deficit hyperactivity disorder.

Findings

The findings of the descriptive part and the Chi-square and Fisher's exact homogeneity test (for 2x2 relationships, i.e. parents' gender and occupation) to check the homogeneity of the groups indicated that in terms of the demographic characteristics of the child's gender, parents' education and father's occupation and mother, no difference was observed between the groups and the groups were homogeneous ($p < 0.05$). Each group included 16 people (8 girls and 8 boys). Checking the homogeneity of the groups in terms of age with the ANOVA test and the findings showed that the age range of the participants was from minimum 7 to maximum 12 years. The average age of children in the play therapy group was 9.15, behavioral management was 8.96 and the control group was 9.12, which was similar and no difference was observed between the average age of children ($p < 0.05$). Also, the groups were homogeneous in terms of birth order, number of

children, father's age and mother's age and did not differ significantly from each other ($p < 0.05$). Based on the results of multivariate covariance analysis, the effect size values showed that the biggest difference was in the total score of processing speed with a coefficient of 0.478. was observed. The comparison of the interventions showed that the effectiveness of the Gestalt-based play therapy intervention on processing speed and working memory was significantly higher than the parent behavior management training intervention ($p < 0.05$).

Discussion

Relying on the general purpose of the research, the examination of the research findings showed that there is a difference between the effectiveness of play therapy based on the Gestalt approach and parent behavior management training on the processing speed and working memory of children aged 7 to 12 years with signs of attention deficit hyperactivity disorder. There is. that the effectiveness of play therapy intervention based on the Gestalt approach has been higher than that of parents' behavior management training.

Results

In general, it is concluded that the intervention of play therapy based on the Gestalt approach has the potential to be effective in increasing the working memory capacity and processing speed, and educational and therapeutic specialists can use this intervention to control children's hyperactivity.

Ethical Considerations and Compliance with ethical guidelines

The participants took part in the study with full consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

All authors contributed equally to the article.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر سرعت پردازش و حافظه فعال کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه - بیش‌فعالی (ADHD)

منیره شهزاد^۱، سید داوود حسینی نسب^{۲*}، مرضیه علیوندی وفا^۳

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- استاد گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سرعت پردازش و حافظه فعال کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه - بیش‌فعالی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع پژوهش کمی و از نظر اجراء، پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی کودکان ۷ تا ۱۲ سال که به دلیل داشتن نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی، در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ و سه ماهه اول ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روان‌شناسی و درمانگاه بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کردند، تشکیل می‌دهد. برای انتخاب نمونه پژوهش، تعداد ۱۶ نفر برای هر گروه به شکل نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۴۸ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده پژوهش دو مقیاس سرعت پردازش و حافظه فعال و کسلر ۴ بود.

یافته‌ها: براساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تفاوت معنی‌داری در مقدار اثربخشی دو روش مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری مشاهده شد ($p < 0.05$)؛ بررسی اندازه اثر نشان داد که بیش‌ترین تفاوت در نمره کل سرعت پردازش با ضریب ۰/۴۷۸ مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در کل، چنین استنباط می‌شود که مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت پتانسیل اثربخشی در جهت افزایش ظرفیت حافظه فعال و سرعت پردازش را دارد و متخصصان آموزشی و درمانی می‌توانند جهت کنترل بیش‌فعالی کودکان، از این مداخله استفاده نمایند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

تاریخ داوری: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/JPMM.2023.31645.3775

واژه‌های کلیدی:

سرعت پردازش، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت، مدیریت رفتاری والدین، نارسایی توجه-بیش‌فعالی.

* نویسنده مسئول: سید داوود حسینی نسب

نشانی: استاد گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۰۰۰۰۰

پست الکترونیکی: d.hosseininasab@gmail.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی یک اختلال با پایه زیستی (اختلالی عصبی-رشدی) است که به وسیله ترکیبی از علائم کم توجهی یا بیش فعالی و تکانشگری شناخته می شود و شروع آن مربوط به دوران کودکی است (۱). که اغلب تا بزرگسالی ادامه دارد و جنبه های گوناگون زندگی تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد را دچار مشکل می کند (۲). اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به مثابه معضلی لاینحل برای روانشناسان، والدین و معلمان درآمده است زیرا ویژگی های اصلی این اختلال، یعنی ناتوانی در مهار مشکلات رفتاری، نارسایی توجه و حافظه، برای والدین، معلمان و همسالان تحمل پذیر نیست، از طرفی این اختلال موجب آسیب دیدن فرایندهای شناختی، مهارت های اجتماعی و هیجانی کودکان می شود، به گونه ای که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد، بیش از جمعیت عادی است (۳).

پردازش اطلاعات^۱ یکی از فرایندهای شناختی مهم است که کودکان دارای نقص توجه/ بیش فعالی نسبت به همسالان خود در آن کندتر می باشند (۴). سرعت پردازش مقدار زمان لازم برای درک اطلاعات، پردازش اطلاعات و تدوین و اجرای یک واکنش است (۵)؛ سرعت پردازش اطلاعات، نشانگر خصایص متنوعی چون سرعت ادراکی، کارایی عصبی، توانایی حفظ تمرکز و شاید هوش عمومی است و می تواند تحت تأثیر سهولت بازشناسی، تعداد، نوع و شدت محرکات و نیز کارکرد دیداری یا شنیداری فرد، کنترل حرکتی و یا سایر عوامل فردی چون سن، جنسیت و سلامت روان قرار گیرد (۶). مطالعه ابعاد سرعت پردازش و نحوه ارتباط آن با پیامدهای عملکردی بسیار مهم است زیرا سرعت پردازش می تواند تحت تأثیر انواع اختلالات عصبی و رشدی قرار گیرد و سرعت پردازش مختل می تواند بر مقدار یادگیری و کسب مهارت های جدید در مدرسه تأثیر منفی بگذارد (۷).

از مشکلات مهم دیگری که کودکان با نشانه های نقص توجه/ بیش فعالی با آن مواجه هستند نقص در حافظه فعال است؛ توجه، رابطه بسیار نزدیکی با حافظه دارد، کودکان مبتلا به نارسایی توجه- بیش فعالی به خاطر نارسایی در توجه، بسیاری از اطلاعات را پردازش نمی کنند؛ بنابراین، آن ها فرصت ذخیره کردن و فراخوانی اطلاعات را از دست می دهند، پس نارسایی هایی را در حافظه تجربه می کنند (۸).

کودک مبتلا به نقص توجه به نظر می رسد گوش نمی دهد، نمی تواند تکالیفش را به پایان برساند، به صورت دقیق تر فراخوانی حافظه اش کوتاه است، پیش از اینکه نخستین فعالیت تکمیل شود به سرعت به فعالیت دیگری می پردازد. از یک بازی به بازی

دیگری مشغول می شود، بدون اینکه بر روی هریک تمرکز کند در کلاس به آسانی پریشان شده و نمی تواند روی مواد درسی تمرکز نماید (۹).

حافظه فعال^۲ از جمله مؤلفه های کارکردی اجرایی است که به علت عملکردش در جنبه های گوناگون حافظه مورد توجه قرار گرفته است (۱۰)؛ در واقع، حافظه فعال، نوعی نظام شناختی از ذخیره سازی موقت اطلاعات است. این نظام قادر است تا اطلاعات مهم را برای فعالیت هایی هم چون استدلال، فهم و درک زبان، یادگیری و تصمیم گیری پردازش کند. از آنجاکه برای هر پردازش اطلاعاتی، اطلاعات باید در حافظه فعال قرار بگیرد، اگر ظرفیت این حافظه محدود باشد و عملکرد محدودی داشته باشد دسترسی فوری به تمام گزینه ها برای پردازش اطلاعات دچار محدودیت می شود در نتیجه عملکرد شناختی فرد مختل می شود (۱۱). هرچند که ظرفیت حافظه فعال ثابت در نظر گرفته می شود، رابطه نارسایی حافظه فعال و بیش فعالی در دو نظریه بارکلی و راپورت مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲)؛ توانایی حافظه فعال در جنبه های گوناگون زندگی از جمله درک خواندن، نوشتن، حل مسئله، استدلال ریاضی، زبان نوشتاری و حوزه های رفتاری گوناگون نقشی مهم دارد (۱۳).

پژوهش ها نشان می دهد که افزایش سرعت پردازش و تقویت حافظه فعال در کودکان با نشانه های بیش فعالی از ارزش قابل توجهی برخوردار است. در این راستا می توان به پژوهش های نجات، درخشان و محتشم (۱۴)؛ موزس، دیگو و دمونیس و همکاران (۱۵)؛ سای، سای، هه، هه، چن و همکاران (۱۶)؛ اورتگا، لویز و کاراسکو (۱۷) اشاره کرد.

با تکیه بر مباحث سبب شناسی نشانه های بیش فعالی در کودکان، مداخله هایی همچون دارودرمانی و نوروفیدبک از شایع ترین درمان ها در کودکان با نشانه های نقص توجه/ بیش فعالی هستند، با توجه به اینکه اغلب والدین مخالف استفاده از دارودرمانی هستند و داروی ریتالین که به این کودکان داده می شود، علائمی چون اختلال در خواب، خستگی روزانه، عصبانیت، سردرد و دیگر عوارض جانبی را ایجاد می کند. همه این عوامل می تواند سطوح تکانشگری را افزایش دهد (۱۵)؛ در ضمن با در نظر گرفتن این مسئله که تأثیر مطلوب جلسات نوروفیدبک توسط انجمن روانپزشکی آمریکا و انجمن روانپزشکی ایران رد شده است مهم است که این کودکان افزون بر دارو خدمات هیجانی عاطفی، رفتاری و آموزشی مناسب برای کمک به رشد و پیشرفت و کنترل تکانشگری دریافت کنند (۹)؛ یکی از مداخلات هیجانی-عاطفی در این حوزه بازی درمانی است. بازی درمانی یکی از روش های درمان مشکلات رفتاری کودکان

²Working memory¹ Processing speed

یکپارچه تمام جنبه‌های انسان متشکل از (حواس، جسم، هیجانات و عقل) مربوط است (۲۰). این شکل از بازی‌درمانی به نیاز کودک برای کشف دوباره از راه کمک به ارتباط درمانی، قابلیت او در مورد خود حمایتی و بیان هیجانی می‌پردازد. هدف دیگر درمان ترمیم تمام منابع ارگانیک است تا همانند خود منحصر به فردش کارکرد کاملی داشته باشد؛ بنابراین او باید تمام جنبه‌های خودش را بپذیرد حتی جنبه‌هایی را که خودش یا دیگران ممکن است دوست نداشته باشند. پیش از اینکه رشد توأم با سلامتی امکان‌پذیر شود او نیاز دارد آن جنبه‌هایی از خودش را که محدود، طرد، فرافکنی و جدا کرده بود دوباره گردآوری و جذب کند یا به طریقی اصلاح کند (۲۳). در حال حاضر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت از رویکردهای مهم آموزشی و درمانی است، اما در قیاس با سایر رویکردها از پشتوانه پژوهشی کم‌تری برخوردار است (۲۰).

در رابطه با اثربخشی بازی‌درمانی پژوهش‌های گوناگونی انجام شدند که نتایج پژوهشی حاکی از اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر: عزت‌نفس و سازگاری کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی (۲۰)، اضطراب و پرخاشگری کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه/بیش‌فعالی (۲۴)، کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب‌دیده جنسی (۲۵)، کاهش اضطراب جدایی کودکان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (۲۶)، افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان کم‌توان ذهنی (۲۷)، کاهش سطح اضطراب (۲۸)، کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان با بیمارستان (۲۹)، و نقص توجه (۳۰) بود.

از سوی دیگر، داشتن کودک مبتلابه اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی منبع استرس است، اما تأثیر آن بر والدین تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنان از مسئله و مجهز بودن به مهارت‌های مدیریت کودک بستگی دارد (۳۱)، آموزش مدیریت رفتاری والدین^۱ نیز یکی از روش‌هایی است که در درمان اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و سازگاری والدین با این اختلال در کنار سایر درمان‌ها به‌کاربرده می‌شود. این روش به سایر روش‌های درمانی مانند تغییر سبک زندگی، رفتاردرمانی و ارائه مشاوره برتری دارد (۳۲) و در زمینه درمان مشکلات رفتاری کودکان توجه خاصی از سوی پژوهشگران و درمانگران دریافت کرده و یک برنامه درمانی چندبعدی است که در آن والدین روش‌هایی را یاد می‌گیرند تا رفتارهای اخلاک‌گراانه کودک را کاهش و رفتارهای درست را با استفاده از راهبردهای مثبت افزایش دهند (۳۳).

است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر مرتبط می‌کند (۱۸). درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دل‌بستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی‌درمانی برای کودک می‌باشد. بازی با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و ناراضی‌ها را از محیط تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی‌درمانی نقش پالاینده روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامی‌ها کاسته و نقشه‌های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می‌دهد (۱۹). یکی از رویکردهای بازی‌درمانی، رویکرد گشتالتی است، در این رویکرد تمریناتی وجود دارد که کودک برای انجام آن‌ها باید از حواس پنج‌گانه خود استفاده کند و احساساتش را بروز دهد (۲۰). پرلز در دهه ۱۹۸۰ درمان گشتالتی را بنا نهاد، پرلز آموزش روانکاو دیده بود اما از بی‌توجهی روانکاو کلاسیک به تجربیات ذهنی درمان‌جو در زمان حال، ناخشنود بود. درمان گشتالتی نیز مانند درمان درمان‌جو محور فرض می‌کند که افراد اجزایی از خودشان را که ممکن است با عدم تأیید یا رد اجتماعی مواجه شوند انکار می‌کنند-این درمان به افراد کمک می‌کند تا اجزای مخالف شخصیت خود را منسجم یا ترکیب کنند (۲۱)؛ پرلز اصطلاح گشتالت را از مکتب روان‌شناسی گشتالت اقتباس کرد. این مکتب قدیمی روی این موضوع تمرکز داشت که افراد چگونه دنیا را به صورتی که از کل‌ها یا طرح‌های سازمان‌یافته و نه از قطعه‌های منفصل اطلاعات حسی تشکیل شده است درک می‌کنند، پرلز برای اینکه نشان دهد دوست دارد به اجزای مخالف شخصیت شکل منسجمی بدهد، از اصطلاح گشتالت استفاده کرد. پرلز قصد داشت به درمان‌جویان خود کمک کند تا از تعارض درونی آگاه شوند و به‌جای اینکه این تعارض را انکار کنند یا آن را سرکوب‌شده نگه‌دارند، آن را بپذیرند و با وجود تردیدها و ترس‌ها، تصمیمات ثمربخش بگیرند-افرادی که تعارض دارند معمولاً به‌سختی می‌توانند تصمیم‌گیری کنند و پرلز می‌خواست آن‌ها را به انجام این کار ترغیب کند (۲۲).

گرچه عقاید پرلز در مورد عناصر معایر و متناقض شخصیت به مقدار زیاد مدیون نظریه روان‌پویشی است، اما درمان او برخلاف روانکاو، بر زمان حال تمرکز دارد. در درمان گشتالتی، درمان‌جویان برای بالا بردن آگاهی خود از احساسات و رفتار جاری خویش، به‌جای کاوش کردن گذشته، تمرین‌هایی را انجام می‌دهند. پرلز نیز مانند راجرز معتقد بود که افراد آزادند تا انتخاب کرده و رشد شخصی خود را هدایت کنند. گشتالت درمانی یک شکل انسان‌گرایانه و مبتنی بر فرآیند درمان است که به کارکرد

¹ Parents behavioral management training (PMT)

پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری را کلیه کودکان ۷ تا ۱۲ سال که در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ و سه ماهه اول ۱۴۰۱ به دلیل داشتن نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی به مراکز مشاوره و روان‌شناسی و درمانگاه بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کردند، تشکیل می‌دهد؛ برای کنترل بهتر متغیرهای مخدوشگر تعداد ۴۸ نفر آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۶ نفر: ۸ نفر دختر و ۸ نفر پسر). گمارش تصادفی شدند. معیارهای ورود به پژوهش علاوه بر ۷ تا ۱۲ ساله بودن کودک، شامل داشتن رضایت و اعلام توافق کودک برای شرکت در پژوهش (جهت توافق و رضایت کودکان، محتوای جلسات به صورت خلاصه و با ذکر مثال‌هایی از بازی‌ها و فعالیت‌ها برای آن‌ها توضیح داده شد)؛ اعلام رضایت والدین بصورت کتبی از طریق فرم رضایت آگاهانه؛ برای بررسی صحت تشخیص نارسایی توجه-بیش‌فعالی همی نمونه‌ها توسط دو نفر (یک نفر روان‌پزشک و یک نفر روانشناس) ارزیابی شد؛ هیچ‌کدام از نمونه‌های انتخابی قبلاً تحت مداخله این دو رویکرد قرار نگرفته بود. ضمناً عدم رضایت و توافق کودک یا والدین برای ادامه شرکت در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات بازی درمانی و آموزش مدیریت رفتاری والدین معیار خروج از پژوهش بود. گفتنی است که تعداد نمونه‌ی ارائه‌شده، تعداد پیشنهادی متخصصان آمار می‌باشد و البته تعداد نهایی است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش بدین قرارند:

مقایسه سرعت پردازش و حافظه فعال و کسeler نسخه

۴ (که شامل ۶ خرده‌آزمون: ۴ خرده‌آزمون اصلی و ۲ خرده‌آزمون جانشین می‌باشد)؛ ویرایش چهارم مقیاس هوش و کسeler به ارزیابی حوزه‌های ناپیوسته بیش‌تری از عملکرد شناختی روی آورده است، به‌عنوان مثال: سرعت پردازش و حافظه فعال. در هنجاریابی آزمون و کسeler در ایران ضریب اعتبار دونیمه‌سازی حافظه فعال ۰/۷۱ و ضریب اعتبار دونیمه‌سازی سرعت پردازش ۰/۸۳ و ضریب اعتبار سرعت پردازش ۰/۸۰ و ضریب اعتبار حافظه فعال ۰/۸۳ به‌دست‌آمده است. مقیاس حافظه فعال و کسeler، حافظه فعال شنیداری کودک را می‌سنجد که شامل آزمون اصلی فرخانی ارقام به صورت پیش‌رونده (که شامل تعدادی عدد می‌باشد که تعداد اعداد رفته رفته بیشتر می‌شود و کودک باید اعداد را به همان ترتیبی که شنیده بازگو کن) و پس‌رونده (که شامل تعدادی عدد می‌باشد که تعداد اعداد رفته رفته بیشتر می‌شود و کودک باید اعداد را به ترتیب آخر به اول که شنیده بازگو کند) بازگو کردن صحیح هر توالی عدد یک نمره دارد که مجموع نمره در خرده‌آزمون پیش‌رونده و پس‌رونده، نمره خام فراخوانی ارقام

تعامل کودک دارای نشانه‌های بیش‌فعالی با والدینش موضوعی بسیار مهم است. مطالعه تعامل کودکان دارای نشانه‌های بیش‌فعالی با والدین‌شان نشان می‌دهد که در روابط بین آن‌ها، فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کم‌تری وجود دارد. هم‌چنین، مطالعه‌ای توسط رضایی فرد (۳۴)، در باب تعامل والدین و فرزند دارای نشانه‌های بیش‌فعالی در ایران نشان داده است که با آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران دارای دانش آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه از شدت و بروز استرس والدین کاسته شود و آن‌ها می‌توانند راهکارهایی مناسب را برای تعامل با فرزند خود انتخاب کنند؛ والدین دارای کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی اعتمادبه‌نفسی کم‌تر دارند، از شیوه‌های تنبیهی بیش‌تری استفاده می‌کنند و روابط گرم کم‌تری با فرزندان‌شان دارند (۳۵)؛ مطالعات متعدد نشان داده است که آموزش والدین یکی از اجزاء مهم درمان بشمار می‌آید و برخی پژوهشگران اظهار می‌کنند که مهم‌ترین روش درمانی برای این کودکان، در کنار دارودرمانی، آموزش والدین است (۳۱). براین اساس باید اطلاعاتی پیرامون این اختلال به والدین نشان داده شود تا والدین، این مشکل را به حساب تمرد یا سرکشی فرزند خود نگذارند و آن را به‌صورت یک مشکل بپذیرند. گرچه این کودکان معلولیت قابل‌مشاهده‌ای ندارند، اما به‌رحال در کنترل تکانه‌ها، سازمان‌دهی و ... دچار ضعف هستند و گاه به‌این‌علت سرزنش و تنبیه می‌شوند که باید با آموزش مناسب، روش‌های این‌چنینی تغییر کند؛ باید توجه کرد که پذیرش عاطفی و هیجانی این مسئله احتیاج به زمان دارد و بهتر است ابتدا والدین وارد این مرحله از آموزش شوند و سپس در مورد مسائل و مشکلات کودک آموزش ببینند (۳۶). در رابطه با اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین پژوهش‌های گوناگونی انجام‌شده است که نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی والدین کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی (۳۷)؛ کم‌توجهی کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی (۳۸)؛ کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و پیشرفت تحصیلی (۳۹)؛ بهبود رابطه والد-فرزند (۴۰)؛ کاهش مشکلات رفتاری (۴۱)؛ کنترل و کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی (۴۱) بود. با در نظر گرفتن نکات مطرح‌شده، این مطالعه به مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سرعت پردازش و حافظه فعال کودکان ۷ تا ۱۲ سال با نشانه‌های نارسایی توجه- بیش‌فعالی پرداخته است.

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع پژوهش کمی و از نظر نحوه اجرا،

در هر قسمت در بازه زمانی ۱۲۰ ثانیه تشخیص دهد و در دفترچه ب باید دو نماد را از میان نمادهای موجود در هر قسمت در بازه زمانی ۱۲۰ ثانیه تشخیص دهد؛ این آزمون تنها آزمون و کسلر می- باشد که نمره منفی دارد و هر تشخیص درست یک نمره مثبت و هر تشخیص نادرست یک نمره منفی است) (۴۳).

پروتکل های مداخله ای: محتوای اجرایی گروه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت برگرفته از کتاب بازی درمانی گشتالت بلوم (۴۴) بود. در گروه دیگر، محتوای اجرایی آموزش مدیریت رفتاری والدین برگرفته از راهنمای عملی در مان مشکلات رفتاری کودک کان (آموزش مدیریت رفتار والدین) کازدین (۴۵) انتخاب شده بود. که در زیر به آن‌ها اشاره شده است:

بشمار می‌رود؛ توالی عدد-حروف دومین آزمون اصلی حافظه فعال می‌باشد، کودکانی که به ترتیب حروف الفبا و ترتیب اعداد تسلط ندارند به جای آزمون توالی عدد-حروف، آزمون جانشین محاسبات از آن‌ها باید اخذ شود. آزمون محاسبات از شمارش در سطح پایین شروع می‌شود و شامل جمع و سپس تفریق می‌شود. مقیاس سرعت پردازش شامل دو خرده آزمون اصلی رمزگردانی (که شامل دو دفترچه الف (گروه سنی شش تا هشت سال) و ب (هشت تا شانزده سال) است و کودک باید نمادهای هر شکل (در دفترچه الف) یا هر عدد (در دفترچه ب) را در زیر شکل یا عدد مربوطه در بازه زمانی ۱۲۰ ثانیه ترسیم کند، هر ترسیم درست یک نمره بشمار می‌رود) و نمادبایی (که شامل دو دفترچه الف (گروه سنی شش تا هشت سال) و ب (هشت تا شانزده سال) است و در دفترچه الف کودک باید فقط یک نماد را از میان نمادهای موجود

پروتکل مداخله‌ای	بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت	آموزش مدیریت رفتاری والدین
جلسه اول	برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر و شرح قوانین: استفاده از یکی از تکنیک‌های سنجش بر حسب شرایط (ترسیم نقاشی خانواده، تصور بوته رز، تصور یک مکان امن، تصویر زندگی و پرسش‌های مربوط به خانواده کودک)	توضیح علمی رفتار و انواع آن
جلسه دوم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس لامسه (بصورت لمس اشیاء گوناگون و راه رفتن روی سطوح گوناگون و نقاشی انگشتی)	دلایل و مزایای استفاده از اصول مدیریت رفتاری والدین
جلسه سوم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس بینایی (دیدن اشیاء بوسیله شیشه، سلفون و تلق، ریختن قالب یخ رنگی در آب، نگاه کردن به آئینه بدون حرف زدن به مدت ۳۰ ثانیه و توصیف آنچه که می‌بیند).	سبک‌های فرزند پروری، انواع سبک‌ها و مزایا و معایب هر کدام
جلسه چهارم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس شنوایی (گوش دادن به انواع صداها از قبیل آواز پرندگان، صدای آب، موسیقی و کشیدن نقاشی در حین گوش دادن، حدس زدن صداها توسط کودک)	توضیح انواع اختلالات رفتاری
جلسه پنجم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس چشایی و بویایی (از قبیل مزه کردن خوراکی با طعم‌های گوناگون و مقایسه آنها و صحبت در مورد احساس کودک به مزه‌ها و بوهای گوناگون، بوئیدن مواد غذایی و گل‌های گوناگون و بیان احساسات)	توضیح شرطی‌سازی رفتار
جلسه ششم	فنون و فعالیت‌های برقراری تماس برای افزایش آگاهی بدنی: بازی بصورت تغییر حالات بدنی و انجام حرکات توسط کودک (شخص در حال عجله، شخص تنبل، بالا رفتن از کوه)، انجام بعضی از اعمال توسط کودک بستن یک بسته، گره زدن روبان، بریدن کاغذ با انگشتان، راه رفتن مانند حیوانات) نشان دادن هیجان‌ات گوناگون جلوی آینه توسط کودک	تشویق و اصول آن
جلسه هفتم	فنون و فعالیت‌های برقراری تماس مرتبط با آگاهی تنفسی: تمرین با تنفس و مقایسه تنفس عمیق و سطحی، تمرین پر و خالی کردن بادکنک، تمرکز کودک روی دم و بازدم و شمارش تا ده و سپس از یک فنون و فعالیت‌های برقراری تماس مرتبط با آرمیدگی: استفاده از استعاره آدم	اقتصاد ژتونی و نحوه استفاده از این شیوه تشویق
جلسه هشتم	برفی برای کودکان، استفاده از موسیقی برای آرمیدگی کودک، بستن چشم توسط کودک و تصور بودن در جای لذت بخش	تنبیه و اصول آن و راهکارهای جایگزین تنبیه

جلسه نهم	فنون و فعالیت‌ها برای توانمندسازی ادراک خود کودکان: (از کودک خواسته می‌شود در مورد چیزهایی که او احساسات متضاد به آنها دارد صحبت کند و بنویسد)	دستور دادن و اصول آن و خاموشی رفتار و علت آن
جلسه دهم	تمرکز روی تسلط (نقاشی کردن) تمرکز روی خود بیانگری‌ها (تهیه فهرستی از کلمات که توصیف کننده ظاهر کودک و فعالیت‌ها و علاقه‌های او می‌باشد و علامت زدن توسط کودک) فنون بیان هیجان‌ها: ترسیم نقاشی آزاد، نقاشی یک مکان ایده آل، ترسناک ، وصل کردن رنگ خاص به هیجان خاص از کودک خواسته میشود احساسات و هیجان‌اتش (خوشحالی، غم خشم) را نقاشی کند.	راهکارهای تغییر رفتار

بود. بررسی همگنی گروهها از نظر سن با آزمون آنووا بررسی و یافته‌ها نشان داد دامنه سنی شرکت کنندگان از حداقل ۷ تا حداکثر ۱۲ سال بود. میانگین سن کودکان در گروه بازی درمانی ۹/۱۵، مدیریت رفتاری ۸/۹۶ و گروه کنترل ۹/۱۲ بود که مشابه بود و تفاوتی بین میانگین سن کودکان مشاهده نشد ($p > 0.05$). هم‌چنین، گروهها از نظر ترتیب تولد، تعداد فرزند، سن پدر و سن مادر همگن بودند و تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشتند ($p > 0.05$). در خصوص متغیر سرعت پردازش و مولفه‌های آن نیز جدول (۱) بمنظور توصیف این متغیر ارائه شده است.

گفتنی است که برای گروه کنترل تا اتمام زمان اجرا و گرفتن پس‌آزمون هیچ نوع مداخله‌ای اعمال نشد.

یافته‌ها

یافته‌های بخش توصیفی و آزمون همگنی کای اسکوئر و دقیق فیشر (برای روابط ۲در۲ یعنی جنسیت و شغل والدین) برای بررسی همگنی گروهها حاکی از آن بود که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنسیت فرزند، تحصیلات پدر و مادر و شغل پدر و مادر تفاوتی بین گروهها مشاهده نشد و گروهها همگن بودند ($p > 0.05$). هر کدام از گروهها نیز شامل ۱۶ نفر (۸ دختر و ۸ پسر)

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد سرعت پردازش و مولفه‌های آن به تفکیک گروه و زمان

متغیر سرعت پردازش	زمان	گروه بازی درمانی		گروه مدیریت رفتاری		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
رمز نویسی	پیش آزمون	۹/۸۸	۲/۴۷	۱۱/۰۶	۳/۵۵	۱/۹۲
	پس آزمون	۱۳/۰۶	۲/۸۲	۱۲/۵۰	۳/۴۵	۱/۷۵
نماد یابی	پیش آزمون	۱۱/۵۶	۲/۳۹	۱۱/۶۳	۲/۶۰	۲/۴۴
	پس آزمون	۱۴/۶۹	۲/۵۸	۱۲/۷۵	۲/۷۵	۲/۴۸
سرعت پردازش (کل)	پیش آزمون	۲۱/۴۴	۳/۶۷	۲۲/۶۹	۵/۷۹	۳/۹۷
	پس آزمون	۲۷/۷۵	۴/۵۱	۲۵/۲۵	۵/۷۱	۳/۹۰

به توصیف متغیر حافظه فعال و مولفه‌های آن یعنی توالی حرف و عدد و فراخانی ارقام پرداخته شد.

جدول (۱) نشان می‌دهد هم در نمره کل سرعت پردازش و هم در مولفه‌های سرعت پردازش میانگین هر سه گروه در زمان پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت. در جدول (۲)

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد حافظه فعال و مولفه‌های آن به تفکیک گروه و زمان

متغیر حافظه فعال	زمان	گروه بازی درمانی		گروه مدیریت رفتاری		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
توالی حرف و عدد	پیش آزمون	۹/۵۰	۱/۶۷	۹/۴۹	۲/۰۸	۲/۴۸
	پس آزمون	۱۱/۰۶	۲/۰۲	۱۰/۴۴	۲/۲۲	۲/۰۲
فراخانی ارقام	پیش آزمون	۹/۷۵	۲/۰۸	۹/۰۰	۱/۷۱	۱/۳۶
	پس آزمون	۱۱/۶۳	۲/۰۶	۹/۸۸	۱/۷۸	۱/۳۹
حافظه فعال	پیش آزمون	۱۹/۲۵	۳/۲۲	۱۸/۹۴	۳/۱۷	۳/۶۱
	پس آزمون	۲۲/۶۹	۳/۴۶	۲۰/۳۱	۳/۳۶	۳/۰۵

جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین هر سه گروه در نمره کل حافظه فعال و هم در هر دو مولفه توالی حرف و عدد و فراخانی ارقام میانگین هر سه گروه در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشت. در بخش استنباطی، برای بررسی تاثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس چند مفروضه ی مهم دارد؛ که پیش از تحلیل اصلی، به آنها پرداخته شد. در بررسی نرمال بودن داده‌ها، توزیع نرمال با کمک مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد؛ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ($p > 0.001$). سطح معنی‌داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیش‌تر از مقدار 0.001 است که نشان می‌دهد انحراف شدید از توزیع نرمال مشاهده نشد. در مجموع، نتایج بدست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل توجهی از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در بررسی آزمون همگنی واریانس‌ها نیز، نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری در آزمون لوین بیش‌تر از مقدار 0.05 است ($p > 0.05$) که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح زیر بدست آمد:

گروهها (متغیر مداخله گر) همگن و تقریباً یکسان است. و همچنین، به دلیل برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، همگنی واریانس این متغیرها نیز مورد قبول قرار گرفت. بعلاوه، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شد؛ یعنی رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه مشابه است. بر اساس نتایج، سطح معنی‌داری بدست آمده در تمامی موارد بیش‌تر از مقدار 0.05 ($p > 0.05$) بود که بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می‌شود و در نتیجه شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن هستند و این مفروضه نیز مورد تایید قرار گرفت. همچنین، همگن بودن ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکووا است که اگر سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از 0.001 باشد، از این مفروضه تخطی نشده است همچنین، با توجه به این که مقدار آزمون ام باکس در تمامی موارد بیش‌تر از معیار 0.001 بود، همگنی واریانس‌ها مورد قبول قرار گرفت. در بررسی فرضیه پژوهش، یعنی مقایسه اثربخشی مداخله‌ها (بازی درمانی، مدیریت رفتاری والدین) بر سرعت پردازش و حافظه فعال، نتایج

در بخش استنباطی، برای بررسی تاثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس چند مفروضه ی مهم دارد؛ که پیش از تحلیل اصلی، به آنها پرداخته شد. در بررسی نرمال بودن داده‌ها، توزیع نرمال با کمک مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد؛ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ($p > 0.001$). سطح معنی‌داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیش‌تر از مقدار 0.001 است که نشان می‌دهد انحراف شدید از توزیع نرمال مشاهده نشد. در مجموع، نتایج بدست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل توجهی از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در بررسی آزمون همگنی واریانس‌ها نیز، نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری در آزمون لوین بیش‌تر از مقدار 0.05 است ($p > 0.05$) که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بمنظور مقایسه اثربخشی دو مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری بر مقیاس سرعت پردازش و مولفه‌های آن

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
گروه	رمز نویسی	۲۱/۷۱	۱	۱۳	۱۹/۲۲	< 0.001	۰/۴۰۷
	نمادبایی	۳۱/۹۴	۱	۲۱	۱۷/۸۵	< 0.001	۰/۳۸۹
	سرعت پردازش	۱۰۸/۹۴	۱	۱۰۸/۹۴	۲۶/۵۴	< 0.001	۰/۴۷۸

و مدیریت رفتاری بر مقیاس سرعت پردازش وجود داشت ($p < 0/05$). بررسی اندازه اثر نشان داد که بیش‌ترین تفاوت در نمره کل سرعت پردازش با ضریب $0/478$ مشاهده شد.

نتایج جدول ۵ نشان داد که تفاوت معنی‌داری در مقدار اثربخشی دو روش مداخله بازی‌درمانی و مدیریت رفتاری مشاهده شد ($p < 0/05$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد سطح معنی‌داری در تمامی مقایسه‌ها کم‌تر از $0/05$ بود که نشان داد تفاوت معنی‌داری در مقدار اثربخشی دو روش مداخله بازی‌درمانی

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بمنظور مقایسه مقدار اثربخشی دو مداخله بازی‌درمانی و مدیریت رفتاری بر مقیاس حافظه فعال و مولفه‌های آن

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
توالی حرف و عدد		۵/۰۵	۱	۵/۰۵	۳/۲۷	۰/۰۸۱	۰/۱۰۵
گروه	فراخوانی ارقام	۱۰/۵۷	۱	۱۰/۵۷	۷/۹۴	۰/۰۰۹	۰/۲۲۱
	حافظه فعال	۳۴/۴۶	۱	۳۴/۴۶	۱۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱

مقدار اثربخشی دو روش مداخله بازی‌درمانی و مدیریت رفتاری بر مقیاس حافظه فعال وجود داشت ($p < 0/05$). بررسی اندازه اثر نشان داد که بیش‌ترین تفاوت در نمره کل حافظه فعال با ضریب $0/321$ مشاهده شد.

نتایج جدول (۴) تفاوت معنی‌داری در مقدار اثربخشی دو روش مداخله بازی‌درمانی و مدیریت رفتاری نشان داد ($p < 0/05$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد سطح معنی‌داری در تمامی مقایسه‌ها کم‌تر از $0/05$ بود که نشان داد تفاوت معنی‌داری در

جدول ۵- نتایج آزمون‌های چندمتغیره بمنظور بررسی تفاوت

منبع تغییر	نوع آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی	مقدار p	اندازه اثر
گروه	اثر پیلاپی	۰/۶۶	۱۰/۴۹	۴	$< 0/001$	۰/۳۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۱۴/۶۰	۴	$< 0/001$	۰/۴۱
	اثر هتلینگ	۱/۸۶	۱۹/۱۰	۴	$< 0/001$	۰/۴۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۸۶	۳۹/۹۳	۲	$< 0/001$	۰/۶۵

بحث و نتیجه‌گیری

با تکیه بر هدف کلی پژوهش، بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مقدار اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سرعت پردازش و حافظه فعال کودکان ۷ تا ۱۲ سال با نشانه‌های نارسیایی توجه بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد. که مقدار اثربخشی مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بیش‌تر از آموزش مدیریت رفتاری والدین بوده است.

در زمینه مقایسه مقدار اثربخشی مداخله‌های بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سرعت پردازش و حافظه فعال کودکان پژوهشی اجرا شده است، اما پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این دو مداخله را بر سایر متغیرها نشان داده‌اند. در کل، نتایج این پژوهش با پژوهش‌های انجام یافته در مورد اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد

نتایج جدول (۵) نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز و سایر آزمون‌های چندمتغیره کم‌تر از $0/001$ بود که نشان داد اثر چندمتغیره برقرار بود و به طور کلی تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات سرعت پردازش و حافظه فعال در نتیجه دو مداخله بازی‌درمانی و مدیریت رفتاری بین دو گروه وجود داشت و در حداقل یک آموزش و در یک متغیر، بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($p < 0/05$). از این رو اثرات بین گروهی بررسی شد تا مشخص شود تفاوت در کدامیک معنادار بوده است. در نتیجه بررسی اثرات بین گروهی در تحلیل کوواریانس چندمتغیره، یافته‌ها حاکی از آن بود که هر دو آموزش بر هر دو متغیر اثر معناداری اعمال کرده‌اند (به ترتیب اندازه اثر $0/44$ و $0/63$) ($P < 0.001$).

شد اثربخشی این مداخله بر حافظه فعال و سرعت پردازش بیش تر بود در حالی که در گروه آموزش مدیریت رفتاری والدین، کودکان به صورت غیرمستقیم در مداخله درگیر بودند و اطمینان انجام تمامی این اصول رفتاری توسط والدین وجود نداشت؛ هم چنین به علت محدود بودن تعداد جلسات، یادگیری و بکارگیری این اصول توسط والدین به صورت کامل اتفاق نیفتاده است و احتمالاً به همین دلیل مقدار اثربخشی این مداخله بر سرعت پردازش بسیار پایین بود و بر مقیاس حافظه فعال اثربخشی معناداری نداشت.

با توجه به ساخت کلی پژوهش، این پژوهش دارای محدودیت هایی می باشد. برای مثال، این پژوهش مربوط به کودکان با نشانه های بیش فعالی-کم توجهی شهر تبریز می باشد و نمی توان نتایج را به سن، مقاطع یا شهرهای دیگر تعمیم داد. همچنین، ابزار اصلی جمع آوری اطلاعات این پژوهش آزمون و کسلر ۴ بوده و ذاتاً دارای محدودیت می باشد (وکسلر ۴ فقط حافظه فعال شنیداری و سرعت پردازش دیداری-حرکتی را می سنجد و حافظه فعال دیداری و سرعت پردازش شنیداری را نمی سنجد). از سوی دیگر، نتیجه این پژوهش مبنی بر تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر حافظه فعال و سرعت پردازش کودکان فاقد بررسی پیگیری بلندمدت بود. بنابراین، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی این نوع مطالعات در سنین و مقاطع تحصیلی گوناگون انجام شود. همچنین، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، برای بدست آوردن نتایج پایاتر، از ابزارهای کیفی نیز استفاده شده و ماندگاری مداخلات را بعد از چند ماه بررسی کنند. در چارچوب پیشنهادهای کاربردی نیز، پیشنهاد می شود از برنامه های آموزش مدیریت رفتاری والدین و بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت در مراکز روان شناسی و مدارس استفاده شود تا والدین با اصول رفتاری درست با فرزندانشان آشنا شوند و بتوانند کودکان خود را بهتر مدیریت کنند. همچنین، توصیه می شود نتایج پژوهش حاصل در قالب بروشورهای کوچک تنظیم شود و در اختیار برنامه ریزان و متصدیان نظام آموزشی، مشاوران قرار گیرد تا تصمیمات لازم برای تسلط معلمان مقاطع گوناگون تحصیلی و مشاوران و درمانگران به این اصول رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت اتخاذ شود تا آنها نیز بتوانند در پروسه آموزشی و پرورشی یا درمانی دانش آموزان از این روش های درمانی استفاده کنند.

گشتالت بر: عزت نفس و سازگاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی (۲۰)، اضطراب و پرخاشگری کودکان با نشانه های نارسایی توجه/بیش فعالی (۲۴)، کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت های اجتماعی کودکان آسیب دیده جنسی (۲۵)، کاهش اضطراب جدایی کودکان با نشانه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (۲۶)، افزایش مهارت های اجتماعی در کودکان کم توان ذهنی (۲۷)، کاهش سطح اضطراب (۲۸)، کاهش اضطراب کودکان بستری در بیمارستان (۲۹)، کاهش نشانه های بیش فعالی در کودکان با نشانه های بیش فعالی و نقص توجه (۳۰) همسو می باشد. برای مثال، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰) در پژوهشی اثر بخشی بازی درمانی را بر اضطراب کودکان مورد بررسی قرار داده و یافته ها نشان از کاهش اضطراب در کودکان بوده است.

هم چنین، پژوهش ویلکس و همکاران (۳۰) که به شیوه نیمه آزمایشی انجام شد نشانگر تاثیر مطلوب بازی درمانی بر تقویت توجه و حافظه فعال کودکان با نارسایی توجه/بیش فعالی بود. در تبیین این یافته ها می توان گفت که اصل خودتنظیمی ارگانیک یکی از مهم ترین اصل ها در تئوری گشتالت است؛ این فرآیند ارگانیک، به نیازهای کودک اجازه بروز می دهد و از یکپارچگی تجارب حمایت می کند و منجر به یادگیری، رشد و به فعلیت رسیدن توانائی های بالقوه می شود. از نقطه نظر گشتالت کودک یک ارگانیک کامل است، شامل فرآیندها، ساختار و عملکردهای زیستی و روانی است که با حواس، جسم، هیجانات و عقل متولد می شود و بر اساس پایه ژنتیکی منحصر به فرد رشد می کند. فرآیندهای رشدی او متمایز تر می شود و فردیت کودک بروز می نماید؛ در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت تمریناتی وجود دارد که کودک برای انجام آنها باید از حواس پنج گانه خود استفاده کند و احساساتش را بروز دهد (۲۱)؛ وقتی کودک به صورت آگاهانه حواس خود را به کار می گیرد این تمرین موجب افزایش ظرفیت حافظه فعال کودک می شود افزون بر این، وقتی به صورت مکرر و آگاهانه این تمرینات را تکرار می کند منجر به تقویت فرآیندهای شناختی کودک از جمله فرآیند پردازش اطلاعات او می شود و هرچقدر کودک در استفاده از حواس خود مهارت کسب کند سرعت پردازش اطلاعاتش نیز افزایش پیدا می کند (۲۲)؛ از سوی دیگر، در گروه بازی درمانی چون کودکان به صورت مستقیم در مداخله دخیل بودند و تمرینات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت توسط بازی درمانگر با کودکان انجام

References

- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: An introduction to special education, 13th Edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2015.
- Turgay A, Ginsberg L, Sarkis E, Jain R, Adeyi B, Gao J, Richards C. "Executive function deficits in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder and improvement with lisdexamfetamine dimesylate in an open-label study". Journal of child and adolescent psychopharmacology; 2010: 20(6), 503- 511. doi:10.1089/cap.2009.0110
- Chuang YC, Wang CY, Huang WL. *et al.* Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. Sci Rep 12, 3377: (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07232-1>
- Willcutt E. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A MetaAnalytic Review. Neurotherapeutics; (2012): 9(2):490-499. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8
- Swanson HL, Harris KR. *Handbook of learning disabilities*: Guilford Press: 2013.
- Adler LA. Monitoring adults with ADHD: A focus on executive and behavioral function. J Clin Psychiatry; 2010, 71(8), e18. doi: 10.4088/JCP.9066tx3c
- Marchman VA, Fernald A. Speed of word recognition and vocabulary knowledge in infancy predict cognitive and language outcomes in later childhood. Developmental Science; 2018, 11(3), F9-16. doi:10.1111/j.1467-7687.(2018).00671
- Liaqat R, Bagheri Karimi A, Bayat S, Meli M. the effectiveness of sensory integration therapy on working memory performance and processing speed of children with attention deficit hyperactivity disorder, the first international conference on culture, psychopathology and Education, Tehran; 2019: <https://civilica.com/doc/649288>
- Brown T, Chen J, Robertson B. Improved Executive Function in Adults Diagnosed With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder as Measured by the Brown Attention-Deficit Disorder Scale Following Treatment With SHP465 Mixed Amphetamine Salts Extended-Release: Post Hoc Analyses From 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. Journal of Attention Disorders; 2022: Vol. 26(2) 256-266. <https://doi.org/10.1177/1087054720961819>
- Baltruschat L. Addressing working memory in children with autism through behavioral intervention. Research in Autism Spectrum Disorders; 2011: 5(1), 267-276. doi:10.1016/j.rasd.2010.04.008
- Klingberg T. Training and plasticity of working memory. Trends Cogn Sci. 2010 Jul; 14(7):317-24. doi: 10.1016/j.tics.2010.05.002.
- horasani Zadeh A, Bahrami H, Ahadi H. Effectiveness of working memory training on recovery from behavioral symptoms (attention-deficit and impulsivity) of children with attention-deficit/hyperactivity *psychologicalscience*; 2018; (69)17; 537-544. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-258-en.html>
- Schneider WX, Einhäuser W, Horstmann G. Introduction to competitive visual processing across space and time: attention, memory, and prediction. Ann N Y Acad Sci. 2015;1339:v-viii. doi: 10.1111/nyas.12744. PMID: 25809212.
- Nejati V, Derakhshan Z, Mohtasham A. The effect of comprehensive working memory training on executive functions and behavioral symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). Asian Journal of Psychiatry; Volume 81.2023; ISSN 1876-2018. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103469>
- Moses M, Tiego J, Demontis D. Working memory and reaction time variability mediate the relationship between polygenic risk and ADHD traits in a general population sample. *Mol Psychiatry* 27, 5028-5037 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01775-5>
- Cai B, Cai S, He H, He L, Chen Y, Wang A. Multisensory Enhancement of Cognitive Control over Working Memory Capture of Attention in Children with ADHD. *Brain Sciences*. 2023; 13(1):66. <https://doi.org/10.3390/brainsci13010066>
- Ortega R, López V, Carrasco X. Neurocognitive mechanisms underlying working memory encoding and retrieval in

- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Sci Rep* 10, 7771 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64678-x>
18. Wong TY, Chang YT, Wang MY, Chang YH. The effectiveness of child-centered play therapy for executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022 Sep 20:13591045221128399. doi: 10.1177/13591045221128399. Epub ahead of print. PMID: 36125333.
19. Rezaee Rezvan S, Kareshki H, Pakdaman M. The Effectiveness of Play Therapy based on Cognitive - Behavioral Therapy on Social Adjustment of preschool children. *Pajouhan Sci J* 2022; 20 (1): 33-40 URL: <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-901-en.html>
20. Khodabakhshi-Koolae A, Akhalaghi-Yazdi R, Hojati Sayah M. Investigating Gestalt-based Play Therapy on Anxiety and Loneliness in Female Labour Children With Sexual Abuse: A Single Case Research Design (SCRD). *JCCNC* 2019; 5 (3): 147-156 URL: <http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-228-en.html>
21. Raffagnino R. Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 2019; 7, 66-83. doi: 10.4236/jss.2019.76005
22. Vasconcelos A, Monsore J, Almeida T. *et al.* Applying Gestalt approach as a method for teaching computer science practice in the classroom: A case study in primary schools in Brazil. *Educ Inf Technol* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10639-022-11278-z>
23. Monsore J, Almeida TRP, Toledo Quadros LC, Toledo Quadros JR. "Technology and Gestaltism: A Robotic-Based Learning Aid Tool," in *IEEE Latin America Transactions*, 2020: vol. 18, no. 08, pp. 1441-1447. doi: 10.1109/TLA.2020.9111680.
24. Mohammadi S, Madani Y, Ajeya J. The effectiveness of play therapy based on Gestalt approach on anxiety and aggression of children with attention deficit/hyperactivity disorder. 2015. Master's thesis, University of Tehran
25. Mallahi K, ghodrati S, vatankhah H. Effectiveness of Gestalt Group Play Therapy to Aggression and Social skills of Children Sexual Abused in the Child labor's Group. *JPEN* 2019; 6 (1):54-63 URL: <http://jpen.ir/article-1-397-fa.html>
26. Sohrabi N. Comparing the effectiveness of story therapy, play therapy, and flower therapy in reducing separation anxiety in Shiraz children. 2018. Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology
27. Asjad AT, Iqbal N, Masroor U. Effectiveness of play therapy in enhancing social skills in intellectually disabled children. *Rawal Med J*. 2017; 3:42. : <https://www.researchgate.net/publication/318760596>
28. Stulmaker HL, Ray, DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 2015; 57, 127-133. Doi: [10.1016/J.CHILDYOUTH.2015.08.005](https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2015.08.005)
29. Davidson B, Satchi NS, Venkatesan L. Effectiveness of Play Therapy upon Anxiety among Hospitalised Children. *Int J Adv Res, Ideas Innov Technol*. 2017; 3(5):441-4. www.IJARIIT.com
30. Wilkes-Gillan S, Bundy A, Cordier R, Lincoln M. Evaluation of a pilot parent-delivered play-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Occup Ther*. 2014 Nov-Dec; 68(6):700-9. doi: 10.5014/ajot.2014.012450. PMID: 25397765.
31. Merrill BM, Monopoli WJ, Rejman E. Supporting Parents of Children with ADHD During COVID-19 School Closures: A Multiple-Baseline Trial of Behavioral Parent Training for Home Learning. *School Mental Health*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s12310-023-09569-y>
32. Kostyrka-Allchorne K, Ballard C, Byford S. Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children on a treatment waitlist. *Trials* 23, 1003; 2022. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06952-z>
33. Chronis-Tuscano A, O'Brien K, Danko C. Supporting caregivers of children with

ADHD: An integrated parenting program: Therapist guide. 2021. Oxford University Press

34. Rezaeefard A. The role of resilience and parenting styles in predicting parental stress of mothers of students with ADHD / Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of School Psychology*, 2022; 10(4): 73-85. doi: 10.22098/jsp.2022.1454

35. Adlkhah S, Faramarzi S, Aghaei A. Comparing the effectiveness of parent-child communication package with parent-child interaction therapy on Affective/Behavioral Disorders and sustainability in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: case study. *Empowering Exceptional Children*, 2022; 13(2): 21-11. doi: 10.22034/ceciranj.2022.290145.1553

36. El-Deen GMS, Yousef AM, Mohamed AE. Socio-demographic and clinical correlates of parenting style among parents having ADHD children: a cross-section study. *Middle East Curr Psychiatry*, 2021.; 28, 72 . <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00151-3>

37. hajbabay ravandi A, Tajali P, Ghanaripناه A, Shahriari Ahmadi M. The Effectiveness of a Positive Parenting Program on general Health and Marital Adjustment of Mothers of Children with ADHD. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2022; 13(51): 207-230. doi: 10.22054/qccpc.2022.65898.2881

38. Sheikhi Velashani Z, Javadzadeh Shahshahani F. Effectiveness of positive parenting program on attention deficiency and hyperactivity-impulsivity of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Empowering Exceptional Children*, 2020; 11(4): 25-36. doi: 10.22034/ceciranj.2020.222232.1353

39. Madani SS, Pournemat M. The effectiveness of positive parenting education for mothers of children with ADHD to reduce symptoms and children's academic achievement. *JNIP*, 2020; 6 (10): 1-12 URL: <http://jnip.ir/article-1-378-fa.html>

40. Maddah Z, Ghalenoe M, Mohtashami J, Pourhoseingholi MA, Esmaili R, Naseri-Salahshour V. The effectiveness of PMT program on parent-child relationship in parents with ADHD children: A randomized

trial. *Med J Islam Repub Iran*. 2018; 22;32:89. doi: 10.14196/mjiri.32.89.

41. Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Ment Health* 2019; 6 (2):1-12 URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-464-en.html>

42. Feizollahi J, Sadeghi M, Rezaei F. The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS*, 2020; 19 (2) :155-172

URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4970-en.html>

43. Sadeghi A, Rabiee M, Abedi MR. Validation and reliability of the wechsler intelligence scale for children-IV. 2011; 7(28): 377-386.

<https://jip.stb.iau.ir/article-512280.html?lang=fa>

44. Bloom R. Gestalt play therapy. Translated by Behnoud Bahmanesh and Parisa Ranjgar. Tehran: Danesh Arzin Jahan Publications. 2019.

45. Kazdien A. A practical guide to treating behavioral problems of children and adolescents "Parent Management Training". Translated by Faezeh Hazardastan; Ahmad Abedi and Noushin Mousavi Madani. Esfahan: Eshar Pisht. 2016.